

Introduzione



**Senatore
Carlo Giovanardi**

*Sottosegretario
di Stato
per la Famiglia,
la Droga e
Servizio Civile*

Uno dei principali obiettivi che mi ero prefissato di raggiungere con la 5^a Conferenza Nazionale sulle Droghe di Trieste era quello di aprire un confronto costruttivo fra le istituzioni e gli operatori del settore, tanto del servizio pubblico che del privato sociale, in modo da tracciare le linee strategiche e le future prospettive del contrasto del preoccupante fenomeno del diffondersi del consumo delle sostanze stupefacenti.

In questo senso, sono certo che l'obiettivo sia stato raggiunto. Ne è testimonianza l'ampia adesione all'evento da parte degli operatori e l'elevato tenore delle tematiche che sono state approfondite nel corso dei tre giorni di lavori della Conferenza. Un dibattito certamente serrato, ma anche chiaro e costruttivo, che ha consentito di evidenziare, da un lato, i problemi più pressanti e, dall'altro, le possibili soluzioni, definendo ruoli e livelli di responsabilità.

Le riflessioni offerte da ciascun partecipante, riportate negli Atti in pubblicazione, sono un'importante risorsa che, anche in futuro, ci ricorderà quali sono i reali problemi sul terreno e quali le aree di interesse sulle quali, più di altre, dovrà focalizzarsi l'attenzione dei responsabili dell'azione di Governo e delle strutture tecniche, a vario titolo, impegnate nell'attività di repressione dello spaccio e di prevenzione cura e recupero delle tossicodipendenze.

È, però, di fondamentale importanza che l'ulteriore collaborazione fra i diversi attori del settore, già iniziata attraverso gli incontri post-conferenza organizzati dal Dipartimento antidroga, possa contare su una sempre più solida e trasversale integrazione, non solo tra i referenti del settore pubblico e del privato sociale, ma anche tra tutti gli operatori e le istituzioni.

Come, talvolta, mi capita di ripetere nel corso dei miei interventi, non mi interessa di quale colore sia il gatto: per me è importante che acchiappi il topo. Allo stesso modo auspico che le persone prigioniere della tossicodipendenza possano contare su risposte terapeutiche e proposte di recupero quanto più efficaci e diversificate tenute, però, insieme dall'unico obiettivo di strappare i giovani e le loro famiglie dalla schiavitù della droga.

PAGINA BIANCA

I

Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella Conferenza

PAGINA BIANCA

Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella Conferenza

Trieste 12-14 marzo 2009

Premesse

Queste considerazioni sono state messe a punto sulla base delle conclusioni e delle sintesi delle varie sessioni di lavoro presentate durante i lavori della V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga (Trieste 12 – 14 Marzo 2009) a cui hanno partecipato 1400 operatori. In base allo svolgimento dei lavori ed alle indicazioni date dagli operatori durante le preconsultazioni sono state identificate alcune aree di interesse prioritarie. A queste aree sono stati correlati dei macro obiettivi concreti che rappresentano l'aspettativa e l'impegno che la Conferenza ha espresso nel suo insieme di rappresentanze e nell'articolata e vivace discussione. Vengono indicate, inoltre, delle specifiche, tratte dagli spunti ed indicazioni provenienti dalle sessioni di lavoro e dai vari documenti presentati, che vogliono essere delle ulteriori informazioni per rendere ancora più concreto l'approccio e l'impegno che le organizzazioni dovrebbero, in responsabilità e competenza diretta, assumersi.

È chiaro che, come tutte le sintesi conclusive, non può essere esaustiva di tutti i problemi emersi e di tutte le possibili soluzioni identificate, ma certamente questa "agenda" è un buon promemoria di quanto, per macro argomenti, è scaturito dalla Conferenza e di dove, secondo gli operatori e le maggiori organizzazioni partecipanti, bisognerebbe concentrare maggiormente la nostra attenzione e orientare i sistemi e gli interventi. Non vi è dubbio che la problematica più rilevante di ordine generale, manifestata e segnalata da più parti, riguarda la difficile situazione derivante dall'attuale organizzazione ed impostazione delle politiche di programmazione territoriale sulle tossicodipendenze che risentono di una regionalizzazione che, ad oggi, non è stata ritenuta in grado di garantire una politica nazionale unitaria, coerente ed omogenea in tutte le varie Regioni e P.A..

Da più parti durante i lavori della Conferenza è stata invocata la richiesta di un maggiore coordinamento centrale, non certamente per una mera questione di potere, ma perché si è avvertita la necessità di dare un'unitarietà sovra regionale a strategie, interventi ed azioni che necessitano di ritrovare omogeneità e concretezza su tutto il territorio nazionale. L'Italia, da questo punto di vista, rappresenta il paradosso europeo. Non esiste nessun altro Paese che abbia un frazionamento così im-

Struttura della Sintesi

**Un'Agenda
Post-Conferenza**

**La necessità
di maggior
coordinamento**

portante e una possibilità da parte delle Regioni di poter decidere di intraprendere (o non) azioni anche in deroga, se non addirittura in opposizione, alle politiche, agli accordi Stato-Regioni e alle linee strategiche nazionali.

Questo paradosso è sostenuto da un sistema di poteri (più o meno rilevanti) che si sono andati a formare e consolidare nel corso degli anni, e che ha portato ad una situazione, ad oggi inaccettabile, di estrema eterogeneità, di inadeguatezza dell'offerta e dell'organizzazione rispetto all'evoluzione del fenomeno. In questi anni, inoltre, si sono accumulati gravi ritardi nei pagamenti delle rette (che risultano peraltro estremamente diversificate) verso "Fornitori privilegiati" di prestazioni residenziali complesse ed indispensabili, come le Comunità Terapeutiche, generando enormi difficoltà economiche e di sopravvivenza operativa. Da non dimenticare, inoltre, la grave crisi organizzativa e motivazionale dei servizi pubblici, asse portante dell'intero sistema, che vede ridurre sempre di più il numero di risorse umane dedicate e gli investimenti. Contemporaneamente, si assiste da vari anni ad un incremento costante dell'utenza in termini numerici, accompagnato da un aumento della complessità clinica e dell'impegno necessario per assicurare una buona gestione.

In questo contesto i Servizi sono costretti ad organizzare e fornire prestazioni sostenibili e attuabili, facendo fronte alla meglio a gravi ed impegnative problematiche dell'utenza, ma che, a volte, si connotano purtroppo di basso profilo qualitativo, e non certo per volontà degli operatori. Questa perdita di qualità, secondaria alla carenza di risorse e di veri investimenti nel settore, ha comportato anche spesso l'insorgenza di terapie farmacologiche non sempre gestite secondo buone prassi e poco integrate con il supporto psicologico e sociale. Pertanto, è la scarsità di investimento da considerare come il vero "generatore di cronicità", unitamente alla riproposizione di modelli troppo spesso basati sull'ideologia (e in questo caso si tratta di un fenomeno perfettamente "bipartisan") più che sulle prove di efficienza scientifica.

Le evidenze scientifiche, però, non bastano da sole a giustificare le scelte e le decisioni strategiche di orientamento degli interventi e delle organizzazioni, perché necessariamente devono essere integrate con visioni e criteri anche di altro tipo oltre a quelli dell'oggettività scientifica quali la sostenibilità finanziaria, il grado di priorità sociale e sanitario del problema nel contesto sociale e sanitario generale del Paese, l'accettabilità sociale (sulla base della cultura e delle tradizioni) di certe scelte, ma soprattutto il valore che vogliamo concretamente dare alla vita delle persone che siamo chiamati ad assistere e curare, sia in termini quantitativi sia qualitativi. Le evidenze scientifiche difficilmente potranno giustificare, da sole, la rinuncia a voler perseguire percorsi riabilitativi finalizzati al recupero totale della persona tossicodipendente, accontentandosi di stabilizzare, in un percorso di cronicità, giovani vite dotate di alto potenziale. Risulta chiaro quindi che, in fondo, è necessario basare i nostri interventi oltre che sull'etica della prevenzione e della cura, anche sull'etica irrinunciabile della riabilitazione.

Non va dimenticato infatti che la tossicodipendenza non è una scelta, ma una malattia che si basa fundamentalmente sull'annullamento della volontà del soggetto, mediante precisi meccanismi neuropsicologici legati direttamente all'effetto delle sostanze e alle caratteristiche di vulnerabilità individuali ed ambientali della persona malata.

Se così è, risulta chiaro che queste persone vanno aiutate a ritrovare il loro stato fisiologico di piena autonomia, libertà e responsabilità decisionale e, conseguentemente, di controllo volontario dei comportamenti e delle loro scelte di vita.

Il paradosso italiano

I Servizi pubblici

Le evidenze scientifiche

La tossicodipendenza è una malattia

Il ripristino dello stato fisiologico

A questo proposito, risulterà fondamentale riuscire a promuovere e sviluppare anche nuove linee di ricerca scientifica nell'ambito delle neuroscienze e del neuroimaging, non solo quindi nel campo epidemiologico o farmacologico, che riescono a farci comprendere meglio i meccanismi del craving, del controllo volontario del comportamento e dei fattori neuropsichici, educativi e sociali che stanno alla base del successo o dell'insuccesso delle terapie. Questo in molti Paesi è già il presente, mentre in Italia potrebbe rappresentare un futuro interessante ed utile al riorientamento della pratica clinica e riabilitativa. Per fare questo è necessario che le Organizzazioni ritrovino unità di intenti e di vedute.

I messaggi più forti usciti dalla Conferenza sono stati senz'altro quello di ritrovare un'unitarietà di azione, di coordinamento nazionale, di maggior investimento e di innovazione delle strategie, dei metodi, ma anche di un sistema che appare oggi poco orientato ed appropriato ai nuovi bisogni.

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha perfettamente compreso la necessità espressa dagli operatori riuniti a Trieste sia dentro che fuori la Conferenza, facendo proprie le indicazioni uscite dai dibattiti e dalle discussioni di approfondimento. Nel contempo, il DPA ha provveduto a formalizzare e diffondere, in maniera sistematica e capillare, tutta la documentazione prodotta e ha programmato fino al mese di dicembre continue consultazioni permanenti al fine di approfondire ulteriormente gli argomenti, anche quelli più scottanti e fonti di polemiche.

In conclusione, si vuole ringraziare tutti i partecipanti alla Conferenza, ma in particolare gli operatori, i colleghi dei Ser.T., delle Comunità Terapeutiche e delle Associazioni per aver colto lo spirito con cui il DPA ha voluto organizzare la V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga. Questi 1400 colleghi hanno dimostrato serietà, professionalità e rispetto delle differenze, anche se con qualche eccesso folkloristico e di esagerate proteste che, a distanza di qualche mese, valutate nella loro reale portata, risultano solo un'esternazione di pochi. Queste manifestazioni isolate, in realtà, hanno fatto comprendere meglio agli operatori le differenze tra chi vuole guardare e costruire un futuro diverso per il sistema dei servizi, partendo dal riequilibrio anche dei modi e dei linguaggi del confronto, e chi, invece, vuole restare intrappolato in stereotipi orientati al passato e conflittuali.

Va sottolineato infine che, al di là delle apparenti divisioni, in realtà nella concretezza e nella operatività di tutti i giorni, le sinergie e la comunione di intenti sono sempre state trovate dagli operatori e le ritrovano ancora tutti i giorni con il loro buon senso, lo spirito di servizio e il prendersi cura delle persone tossicodipendenti e delle loro famiglie.

**Nuovi orizzonti
scientifici**

**Unità di intenti e di
azioni**

**Il ruolo del
Dipartimento
Politiche Antidroga**

Conclusione

Il Capo Dipartimento
Dr. Giovanni Serpelloni

Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori

Aree di interesse

1. Nuove Strategie generali e Piano di Azione 2009 – 2012
2. Rapporto tra Regioni ed Amministrazioni Centrali (DPA)
3. Applicazione degli atti di intesa Stato-Regioni
4. Fondo nazionale “Lotta alla Droga”
5. Fondi indistinti Sanitari trasferiti alle Regioni (quota del livello II della spesa sanitaria) per la tossicodipendenza
6. Riforma dei servizi pubblici e privati
7. Dipartimenti delle dipendenze
8. Prevenzione patologie correlate (Riduzione del danno - RD)
9. Crediti delle comunità /debiti delle Regioni (circa 26 milioni di euro non pagati delle attività svolte in questi anni – stima minima)
10. Difformità delle rette delle comunità terapeutiche
11. Accertamento credito d'imposta tramite “Equitalia”
12. Attivazione nuovi progetti di reinserimento (nuovo orientamento) lavorativo e sociale
13. Rilancio di un nuovo e vero piano di prevenzione nazionale
14. Tossicodipendenti e svolgimento di lavori con mansioni a rischio
15. Prevenzione incidenti stradali droga/alcol correlati
16. Flussi dati, sistema informativo e monitoraggio permanente
17. Consumatori Cronici e studio dei fattori di cronicizzazione
18. Donne e Dipendenze: la maggiore vulnerabilità
19. Legislazione
20. Sistema Nazionale di Allerta Precoce
21. Valutazione dei risultati
22. Nuovo ruolo del DPA

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
1 Nuove Strategie generali e Piano di Azione 2009 - 2012	<ul style="list-style-type: none"> – Ridefinire le strategie generali nazionali di intervento concretizzandole in un realistico e sostenibile Piano d’Azione 2009 2012 mediante concertazione tra tre attori: • Amministrazioni Centrali; • Regioni e P.A.; • Organizzazioni non governative di settore. 	<p>Identificare le linee portanti nazionali e l’orientamento generale nei vari ambiti di interesse e nel contesto normativo esistente: prevenzione, cura, prevenzione delle patologie correlate, riabilitazione, reinserimento, organizzazione, ricerca e formazione.</p> <p>È necessario valutare bene la matrice di priorità utilizzata dal Piano d’Azione Europeo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento • Riduzione domanda • Riduzione offerta • Cooperazione internazionale • Informazione/ricerca/valutazione <p>A. <u>Per il nuovo piano nazionale si identificano 6 Aree di intervento principali (aree di intervento/azione):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenzione 2. Diagnosi, cura e prevenzione patologie correlate 3. Reinserimento 4. Monitoraggio del fenomeno 5. La valutazione dei risultati 6. Contrasto <p>(1+2+3) = riduzione domanda (5) = riduzione offerta</p> <p>B. <u>Azioni trasversali</u> (azioni comuni da assicurare nelle varie aree)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento (concertazione e coerenza delle varie azioni e continuità operativa). • Cooperazione (internazionale, europea, nazionale, regionale). • Sensibilizzazione opinione pubblica (informazione). • Raccolta dati e valutazione degli esiti e dei costi delle singole aree e azioni di competenza. • Ricerca scientifica di area. • Formazione degli operatori. • Organizzazione per programmazione. <p>Su tutti questi aspetti andrà redatto un piano NAZIONALE che contenga e scaturisca da vere strategie di respiro nazionale tendenti all’unitarietà ed ispirato al Piano di Azione Europeo. Al Piano di Azione Nazionale (PAN), di livello strategico, dovranno seguire dei “programmi regionali” personalizzati sui bisogni e le caratteristiche del fenomeno droga delle singole Regioni e P.A., corredati di budget specifico e articolati in progetti ed indicazioni strategiche, per l’orientamento delle attività ordinarie, coerentemente con il PAN.</p>

Area di interesse	Macro obiettivo	Specifiche
2 Rapporto tra Regioni ed Amministrazioni Centrali (DPA)	<ul style="list-style-type: none"> - Rimodulare il rapporto al fine di rendere le azioni ed i programmi di intervento più coordinati ed omogenei su tutto il territorio nazionale. Superare la frammentazione e la troppa differenziazione dei vari modelli di intervento ed organizzativi, ritrovando una vera unitarietà nazionale di azioni contro i problemi droga correlati. - Allinearsi ai modelli organizzativi generali degli Stati Europei che non prevedono una frammentazione ed una possibilità 	<p>I programmi regionali dovranno quindi essere definiti e differenziati nelle azioni, sulla base di analisi quantitative dei bisogni che mostrino in modo oggettivo la dimensione del problema, e la variazione rispetto al trend nazionale che lo rende rilevante per il territorio in esame. Le azioni che si andranno a definire devono tener conto che il problema, per essere affrontato efficacemente, deve essere reso coerente con le strategie generali del PAN, e, successivamente, frazionato con logiche territoriali differenziando quindi gli interventi di risposta ma mantenendo omogeneità e coerenza nell'organizzazione dei servizi.</p> <p>Andranno quindi differenziate anche le varie offerte di base, specializzandole in relazione a bisogni e fenomeni emergenti con progetti ad hoc.</p> <p>Vi è la necessità, pertanto, di concertare maggiormente da parte delle Regioni i propri programmi con le strategie nazionali di competenza governativa. Nel contempo, è indispensabile comprendere che non si risolverà il problema invocando l'autonomia regionale sempre e comunque nel decidere su ciò che avviene in materia di droga sul territorio della propria Regione, come se fosse un "paese isolato e autonomo". Non esiste alcun esempio europeo simile a quello italiano dove attualmente non si ritrova "una politica antidroga nazionale" ma varie politiche differenziate, non coordinate e a volte addirittura assenti. La droga non ha confini e, certamente, non rispetta quelli regionali, ancor meno le competenze e i poteri che noi stessi vogliamo a volte ostinatamente darci in maniera autoreferenziale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ridefinire un nuovo modello di competenze centrali e regionali introducendo nuovi strumenti normativi che consentano un miglior coordinamento delle azioni su tutto il territorio italiano. - Coniugare più fortemente gli aspetti sanitari con quelli sociali attraverso un duplice rapporto con Assessori competenti. - Realizzare un duplice rapporto con Assessorati ai servizi sociali e Assessorati alla Salute interfacciandosi con la Commissione salute e la Commissione Politiche Sociali. - Instaurare un rapporto diretto con tutte le Regioni e le P.A. e non mediato da una sola Regione come capofila e coordinatore (evitare le concentrazioni di potere e i giochi di lobby con antagonismi spesso solo su base di antagonismo politico Governo – Regioni). - Di conseguenza, è necessario differenziare il rapporto delle Amministrazioni centrali con le